

Pregnancy worries in nulliparous women: A qualitative content analysis study

Mohsen Taghadosi

Associate Professor, Trauma Nursing Research Center, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Ameneh Fahimifar

PhD in Counseling, Deputy Head of Kashan Education Counseling Center, Kashan, Iran

Fatemeh Hajirezaee kashan

Master student of Community Health Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Zohreh Sadat

* Associate Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran; Member of Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran (Corresponding Author) : sadat_z2003@yahoo.com

Received: 2021/05/11

Accepted: 2021/08/14

Doi: 10.52547/ijhehp.9.4.409

ABSTRACT

Background and Objective: Although pregnancy is a pleasurable period for most women, but generally, it is a stressful period with physical and psychological changes. Mothers' worries during pregnancy are associated with more problems in pregnancy. Improving well-being is one of the important goals for pregnant women. The aim of this study was to explore the concerns of pregnancy in nulliparous women.

Materials and Methods: This qualitative study was performed through the conventional content analysis via using Granhiem and Landman method. Data were collected through semi-structured interviews with 24 primiparous mothers in Kashan and data saturation was obtained. Data analysis was performed using the MAXQDA 10 software.

Results: Data analysis led to two categories and subclasses. The first category was the mother's concerns about her health during pregnancy, which included the following categories: changes in physical and mental conditions during pregnancy and coping with its, healthy childbirth, family and social support, role playing as a spouse, and Parental role challenges. The second category was the mother's concerns about the health of fetus in pregnancy, which included the following categories: Unpleasant thoughts about fetal formation, responsibility for fetal health, and Fear of fetal injury during pregnancy and childbirth.

Conclusion: Pregnant women during pregnancy suffer from a number of concerns about their own health and their fetus, which can threaten the health of both. Therefore, it seems that mothers' health care providers can help mothers to experience a safer pregnancy by reducing negative thoughts by holding training classes.

Keywords: Mother's concern, Fetal health, Pregnancy, Childbirth

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Taghadosi M, Fahimifar A, Hajirezaee Kashan F, Sadat Z. Pregnancy worries in nulliparous women: A qualitative content analysis study. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2022;9(4): 409-422 .

► **Citation (APA):** Taghadosi M., Fahimifar A., Hajirezaee Kashan F., Sadat Z. (Winter 2022). Pregnancy worries in nulliparous women: A qualitative content analysis study. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 9(4), 409-422 .

نگرانی‌های دوران بارداری در مادران نخست‌زا: یک مطالعه آنالیز محتوای کیفی

چکیده

زمینه و هدف: دوران بارداری اگر چه برای اکثریت زنان یک دوره لذت بخش است ولی اغلب یک دوره پرسترس و همراه با تغییرات فیزیکی و روانی به شمار می آید. ارتقاء کیفیت زندگی بهزیستی روانی از اهداف مهم سلامتی در زنان باردار می باشد. هدف از این مطالعه تبیین نگرانیهای دوران بارداری در مادران نخست‌زا می باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی و مطابق با روش استقرائی به روش تحلیل محتوای گرانهم و لاندمن انجام شد، جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاری با ۲۴ مادر نخست‌زای شهرستان کاشان انجام و اشباع داده ها حاصل شد. تمام مصاحبه ها ضبط، دست نویس و خط به خط تحلیل شدند. تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA انجام شد. **یافته‌ها:** از تحلیل داده ها دو طبقه و زیر طبقات آن استخراج شد. طبقه اول نگرانی‌های ادراک شده مادر نسبت به سلامت خود طی بارداری بود که خود شامل زیر طبقات: تغییرات شرایط جسمی و روانی در دوران بارداری و کنار آمدن با آن، زایمان سالم، حمایت اطرافیان و اجتماع، ایفای نقش همسری و چالشهای والدگری بود. طبقه دوم نگرانی‌های مادر در ارتباط با سلامت جنین بود. که شامل زیر طبقات: افکار ناخوشایند در مورد شکل گیری جنین، مسئولیت پذیری در مورد سلامت جنین، و نگرانی در مورد آسیب به جنین در طی بارداری و زایمان بود.

نتیجه‌گیری: مادران نخست‌زا در دوران بارداری از نگرانی‌های متعددی در مورد سلامت خود و جنین رنج می‌برند، این نگرانیها میتواند سلامت آنها را تهدید کند. لذا به نظر می رسد متولیان سلامت مادران با برگزاری کلاسهای آموزشی جهت کاهش دغدغه‌های مادران، میتوانند با کاهش افکار منفی به آنها کمک نمایند تا بارداری ایمن تری را تجربه نمایند.

کلیدواژه: نگرانی مادر، سلامت جنین، بارداری، زایمان
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

محسن تقدسی

دانشیار مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

آمنه فهیمی فر

دکتری مشاوره، معاون مرکز مشاوره آموزش و پرورش کاشان، کاشان، ایران

فاطمه حاجی رضائی کاشان

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

زهره سادات

* دانشیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران؛ عضو مرکز تحقیقات پرستاری تروما دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول):
sadat_z2003@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳

◀ **استناد (ونکوور):** تقدسی م، فهیمی فر آ. حاجی رضائی کاشان ف، سادات ز. نگرانی‌های دوران بارداری در مادران نخست‌زا: یک مطالعه آنالیز محتوای کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۴۰۰؛ ۹(۴): ۴۰۹-۴۲۲.

◀ **استناد (APA):** تقدسی، محسن؛ فهیمی فر، آمنه؛ حاجی رضائی کاشان، فاطمه؛ سادات، زهره. (زمستان ۱۴۰۰). نگرانی‌های دوران بارداری در مادران نخست‌زا: یک مطالعه آنالیز محتوای کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۹(۴): ۴۰۹-۴۲۲.

تجارب مهمی که مادر در طی بارداری به دست می‌آورد در سلامت وی و فرزندش و نیز ارتباط عاطفی آنها تاثیر می‌گذارد (۱-۲). بارداری هر زن برای وی دوره ای لذت بخش توأم با استرس و نگرانی‌های عمده می‌باشد. مادران در این دوره تغییرات جسمی و روانی فروانی را تجربه می‌کنند (۳). اکثر مادران در دوران بارداری خویش نگرانی‌های عمده ای در ارتباط با سلامت جسمی- روانی و جنبه‌های اجتماعی خود دارند (۴). اضطراب و نگرانی‌های مادر در این دوران کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و همراه با افزایش عوارض بارداری چون فشار خون و زایمان زودرس می‌باشد (۵). وجود اضطراب و اختلالات خلقی درحین بارداری به هر دلیل و میزان که باشد بر پیامد حاملگی تاثیر گذار بوده و باعث اختلال در رشد و نمو فیزیولوژیک جنین و حتی منجر به مرگ داخل رحمی می‌گردد (۶). نگرانیهای مادر در دوران بارداری میتواند در ارتباط با ترس از سلامت خود و جنین، ترس از زایمان و نیز دغدغه اداره فرزند بعد از زایمان باشد (۷-۸). در یک مطالعه در اسپانیا یافته‌ها نشان داد که این نگرانیها در زنان اول‌زا بیش از زنان چندزا است و این محققین توصیه کردند با توجه به تاثیرات ناشی از این نگرانی‌ها بر روی سلامت مادر، جنین و اجتماع، مطالعات بیشتر در این زمینه و انجام مداخلات موثر جهت کاهش آن ضروری می‌باشد (۹).

برخی از مطالعات کمی نگرانی از سلامت جنین را مهمترین نگرانی دوران بارداری می‌دانند (۹ و ۱۰). در مطالعات دیگر نیز مهمترین نگرانی را ترس از زایمان می‌دانند (۱۱-۱۴). در مورد نگرانی‌های مادر در دوران بارداری، بیشتر مطالعات به صورت کمی انجام شده است با توجه به اینکه نگرانی‌های مادران در دوره بارداری دارای ابعاد فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و پزشکی است، به عنوان اولین گام در راه شناخت این مفهوم، انجام مطالعات کیفی در زمینه خاص هر منطقه ضروری است (۴). تحقیق کیفی سبب ایجاد بصیرت نسبت به رفتار و سبک زندگی مردم، آگاهی‌ها، نگرشها و احساسات، ارزشها و تجربیات می‌گردد (۱۵). در یک مطالعه کیفی در ایران که بر روی ۲۰ مادر با هدف تبیین

تجارب مادران از نگرانی‌های دوران بارداری انجام شده بود چهار طبقه اصلی که شامل دغدغه سلامت جنین، تشویش گذر سالم از زایمان، ناتوانی در پذیرش نقش والدینی و تهدید زندگی زناشویی به دست آمد (۴). در مطالعه کیفی کوت^۱ و همکاران، نگرانی مادران بارداری که سابقه سقط داشتند مورد بررسی قرار گرفت و هشت طبقه نگرانی بدست آمد. طبقات شامل: نگرانی از سلامتی کودک، ثبات عاطفی خود، کاهش حمایت اطرافیان، ترس از سقط و تجربه مجدد سقط، تاثیر آن بر آینده خود، تاثیر خود بر کودک و نگرانی‌هایی که هرگز پایان نمی‌یابند، بود (۱۶). در یک مطالعه کیفی دیگر که بر روی ۲۸ مادر اول‌زا و چندزا در ایران در مورد تبیین اضطراب مادر در دوران بارداری انجام شد، یافته‌ها نشان داد درک مادر از اضطراب در این دوران در ۹ طبقه خلاصه می‌شود و شامل: اطلاعات ناکافی و برنامه ریزی مناسب، از دست دادن رفاه مادر، درگیری با همسر، مسائل فرهنگی اجتماعی، مشکلات مالی، چالش‌های والدین، مراقبت‌های بهداشتی، سلامت جنین و عدم حمایت بوده است (۱۷).

با توجه به اینکه ابعاد فرهنگی و اجتماعی و رتبه زایمان می‌تواند بر تبیین نگرانی‌های مادر اثر بگذارد و نیز با عنایت به محدود بودن مطالعه کیفی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب مادران نخست‌زا از نگرانی‌های دوران بارداری انجام شد.

با دانستن مصادیق نگران‌کننده مادران نخست‌زا در دوره بارداری، می‌توان به راهکارهایی برای بهبود سلامت و کیفیت زندگی مادران باردار و نیز بهبود تجارب آنان در بارداری دست یافت و برای برنامه ریزی در مراقبت‌های دوران بارداری نه تنها برای پیشگیری از خطر، بلکه برای ارتقاء سلامت مادران استفاده کرد. لذا با توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی زنان باردار و تأثیرات منفی نگرانی‌های زنان باردار بر بارداری و پیامدهای آن مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب مادران نخست‌زا از نگرانی‌های دوران بارداری انجام شد. مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوا قراردادی انجام شد. تحلیل محتوای قراردادی یکی از مهم ترین فنون پژوهش کیفی در علوم اجتماعی است که در پی شناخت داده ها، به تحلیل آن ها می پردازد (۱۸). در این تحقیق کیفی نمونه های مورد مطالعه شامل مادران باردار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان در سال ۱۳۹۶ بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران با بارداری اول، سن ۱۸ تا ۴۰ سال، تک قلو، زندگی با همسر، ایرانی، عدم بیماری زمینه ای، عدم بارداری پرخطر، عدم بیماری شناخته شده روانی، عدم وجود حوادث ناگوار در شش ماهه اخیر و رضایت به شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل برای ادامه همکاری در مصاحبه بود.

جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاری انجام شد. سوالات اصلی مصاحبه متناسب با هدف اصلی مطالعه یعنی نگرانی های دوران بارداری بود برای مثال: به نظر شما چه عواملی موجب نگرانی مادر در دوران بارداری می شود؟ نگرانی مادر این دوران به چه موضوعاتی ربط دارد؟ برایم از نگرانی هایی که در این دوره ذهنت را مشغول کرده بگو، شروع شد و در مرحله بعد، بر اساس پاسخ ها و داده های استخراج شده، از پرسش های اکتشافی نظیر «این مطلب یعنی چه؟»، «می توانید یک مثال واقعی از آنچه برای شما اتفاق افتاده مثال بزنید؟» و «لطفا بیشتر توضیح دهید؟» استفاده شد. هر مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه طول کشید. جمع آوری اطلاعات از نمونه ها ادامه پیدا کرد، تا هنگامی که در جریان کسب اطلاعات داده جدید پدیدار نمی شد و داده ها به اشباع رسیدند. مصاحبه ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت دیجیتال ضبط شد.

تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و مطابق با روش استقرائی همزمان با جمع آوری داده ها به روش تحلیل محتوای گرانهیم^۱ و لاندمن^۲ (۱۹) به شرح ذیل انجام شد: ۱- پیاده سازی کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه. ۲- خواندن کل متن برای درک کلی از محتوای آن. ۳- تعیین واحدهای معنا و

کدهای اولیه. ۴- طبقه بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع تر.

۵- تعیین درونمایه های اصلی طبقات

بدین ترتیب در مطالعه حاضر پس از انجام هر مصاحبه، متن مصاحبه ها در اولین فرصت پیاده سازی شد و فایل صوتی مصاحبه ها تایپ شد. کدهای اولیه ای که حول یک مفهوم مرکزی بودند در داخل یک زیر طبقه جای داده شدند. سپس زیر طبقات چندین بار بازبینی و براساس شباهتها و تفاوتها با یکدیگر مقایسه شدند و طبقات و درونمایه ها شکل گرفتند، به طوری که سعی شد درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگنی وجود داشته باشد، مدیریت داده های متنی و کدهای استخراج شده با کمک نرم افزار MAXQDA ۱۰ انجام شد.

برای تضمین معتبر بودن داده ها، با درگیری طولانی مدت با مشارکت کنندگان و غوطه وری در داده ها، تأیید مطالب توسط مشارکت کنندگان، بازنگری ناظرین و داشتن حداکثر تنوع در نمونه ها از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و سن حاملگی، اعتبار داده ها تأمین شد. انتقال پذیری داده ها از طریق بررسی مجدد نتایج توسط مادران باردار دارای معیارهای ورود به مطالعه که در پژوهش شرکت نکرده بودند، انجام شد. جهت افزایش انتقال پذیری داده ها، مثالهایی از بیانات مشارکت کنندگان تهیه شد تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای دیگران فراهم باشد. جهت افزایش قابلیت همسانی یافته ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار دو استاد صاحب نظر در تحقیق کیفی که تمام مراحل مطالعه را نظارت می کردند، قرار گرفت و توافقی در میان نتایج بدست آمده وجود داشت. از نظرات اساتید مجرب در حوزه بارداری و زایمان در خارج از تیم تحقیق در تمام مراحل مطالعه برای تایید پذیری داده ها استفاده شد. همچنین محققان سعی کردند که پیش فرضهای خود را تا حد امکان در روند جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها دخالت ندهند. حفظ مستندات و تماس طولانی مدت با داده ها و همچنین تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه، از عوامل تضمین کننده قابلیت تایید بود.

ملاحظات اخلاقی: هدف تحقیق و مراحل مختلف آن بصورت

1. Graneheim

2. Lundman

پس از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، یافته‌ها در ۲ طبقه اصلی و زیر طبقات مربوطه استخراج شدند. طبقه اول نگرانی‌های ادراک شده مادر نسبت به سلامت خود طی بارداری بود که خود شامل زیر طبقات: تغییرات شرایط جسمی و روانی در دوران بارداری و کنار آمدن با آن، زایمان سالم، حمایت اطرافیان و اجتماع، ایفای نقش همسری و چاشهای نقش والدگری بود. طبقه دوم نگرانی‌های مادر در ارتباط با سلامت جنین بود، که شامل زیر طبقات: افکار ناخوشایند در مورد شکل‌گیری جنین، پذیرش مسئولیت سلامت جنین، نگرانی از آسیب دیدن جنین طی بارداری و زایمان (جدول شماره ۲).

۱- نگرانی‌های ادراک شده مادر نسبت به سلامتی خود طی بارداری

الف- تغییرات شرایط جسمی و روانی طی بارداری و کنار آمدن با آن

اولین زیر طبقه استخراج شده از نگرانی‌های ادراک شده مادر نسبت به سلامتی خود طی بارداری و زایمان بود؛ این نگرانی‌ها شامل ابتلا به بیماری‌های جسمانی در طی بارداری از جمله دیابت و فشار خون بالا، مشکلات گوارشی در طی بارداری از جمله تهوع و استفراغ، خونریزی و لکه بینی، زایمان زودرس و سقط در طی بارداری بود.

مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار در رابطه با ابتلا به بیماری‌های جسمانی در طی بارداری می‌گوید "دیابت بارداری یه ذره استرس بهم وارد کرده، روزانه نصف قرص بعد از ناهار، نصف قرص بعد از شام استفاده می‌کنم که یه وقت خدای نکرده به بچم آسیبی نرسه یا اینکه بعدها این بیماری متوجه خودم نشه". و یا مادر ۲۶ ساله، لیسانس، کارمند می‌گوید "پدر من فشار خونی خودم چندبار در حاملگی فشارم بالا رفته دکتر میگه باید حتما فشارم تحت کنترل باشه". در ارتباط با مشکلات گوارشی در طی بارداری مادر ۳۸ ساله، لیسانس، خانه دار می‌گوید "من فتق دارم و معدم هم مشکل داره اینا خیلی بارداری رو برام سخت تر کردن، وقتی سالم باشی بارداریت موفقه ولی من چون این مریضی‌ها رو دارم می‌ترسم". در زمینه زایمان زودرس و لکه بینی در طی بارداری مادر ۲۲ ساله،

کامل برای شرکت کنندگان در پژوهش تشریح گردید. به آنها توضیح داده شد که ماهیت شرکت در این تحقیق داوطلبانه بوده و در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در انجام مصاحبه، میتوانند از مطالعه خارج شوند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اصل رازداری و گمنامی در خصوص تمامی مصاحبه‌های آنها رعایت خواهد گردید و رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ گردید. کد تاییدیه اخلاق مطالعه حاضر IR. KAUMS.REC.1395.65 می‌باشد.

یافته‌ها

این مطالعه با هدف تبیین نگرانی‌های دوران بارداری در مادران نخست‌زا انجام شد. ۲۴ مادر با میانگین سنی $25/75 \pm 3/81$ سال شرکت داده شدند. میانگین مدت‌زمان بارداری ایشان $21/95 \pm 7/19$ هفته بود. سطح تحصیلات ۹ نفر دیپلم و کمتر، ۱۱ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق‌لیسانس بودند. همچنین ۴ نفر از آن‌ها کارمند، ۴ نفر دانشجو و بقیه (۱۶ نفر) خانه‌دار بودند. تحصیلات همسران مشارکت‌کنندگان پژوهش، ۱۲ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم و کمتر، و ۱۲ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. بقیه اطلاعات در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان (زنان باردار)

نام متغیر	(درصد) فراوانی
تحصیلات	دیپلم و کمتر (۹(۳۷/۵)
	دانشگاهی (۱۵(۶۲/۵)
شغل	خانه دار (۲۰(۸۳/۳)
	شاغل (۴(۱۶/۷)
تحصیلات همسر	دیپلم و کمتر (۱۲(۵۰)
	دانشگاهی (۱۲(۵۰)
شغل همسر	کارمند (۷(۲۹/۱۶)
	شغل آزاد (۱۷(۷۰/۸۴)
سن	انحراف معیار \pm میانگین $25/75 \pm 3/81$
مدت ازدواج	انحراف معیار \pm میانگین $4/27 \pm 2/03$
سن حاملگی	انحراف معیار \pm میانگین $21/95 \pm 7/19$

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات اصلی تحلیل نگرانیهای مادران در بارداری

درون مایه	طبقه	زیر طبقه	کدهای استخراج شده
نگرانیهای مادران نخست مربوط به سلامت زایمان نگرانیهای مادران نخست مربوط به سلامت خود در بارداری نگرانیهای مادران نخست مربوط به سلامت جنین	تغییرات شرایط جسمی و روانی در دوران بارداری و کنار آمدن با آن	دلهره و ترس از بروز بعضی بیماریها در حاملگی مثل دیابت و فشارخون باقی ماندن تغییرات پوستی بعد از زایمان باقی ماندن افزایش وزن بعد از بارداری تصویر ناخوشایند از ظاهر خود در بارداری سختی کنار آمدن با بعضی از مشکلات بارداری افزایش اضطراب و استرس در بارداری اختلال در خواب ناآگاهی در باره کنترل مشکلات روحی روانی در بارداری	زایمان سالم
	حمایت اطرافیان و اجتماع	عدم همراهی همسر در برنامه‌های مراقبتی بارداری نادیده گرفتن مشکلات زن در بارداری از طرف همسر انتظارات بیش از حد توان زن توسط همسر اختلال در روند کار اختلال در روند کارهای منزل ناخوشایند بودن ظاهر خود در اجتماع عدم کسب آگاهی لازم در باره مسائل بارداری از طرف مسئولین مربوطه شنیدن صحبت‌های نا امید کننده از اطرافیان	ایفای نقش همسری
	چالشهای نقش والدگری	دلهره‌ی مادر شدن عدم آگاهی کافی از پرورش کودک نیاز به کسب دانش بیشتر برای تربیت کودک تردید در ایفای نقش صحیح مادری تردید در توانایی مالی برای برطرف کردن نیازهای کودک سنگین بودن هزینه‌های مربوط به مراقبتهای بارداری هزینه زیاد بیمارستان خصوصی برای زایمان	افکار ناخوشایند در مورد شکل گیری جنین
	نگرانی‌های ادراک شده مادران نخست زایمان	اضطراب شنیدن خبر غیرطبیعی بودن جنین ترس از دست دادن جنین (سقط) پذیرش جنس غیر دلخواه جنین ر شد غیر طبیعی جنین عدم اطمینان به نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی سلامت جنین مشکلات عقلی جنین که در بررسیها مشخص نمیشود نگرانی مضاعف برای سلامت جنین بدلیل سابقه ناهنجاری در خانواده	پذیرش مسئولیت سلامت جنین
نگرانی از آسیب دیدن جنین در بارداری و زایمان	تغییرات شرایط جسمی و روانی در دوران بارداری و کنار آمدن با آن	اعتماد مادر به تاثیر رفتار و عادات او در سلامت جنین اعتقاد به نقش اصلی مادر در شکل گیری جنین وظیفه مادر برای تحویل جنین سالم به همسر پذیرفتن مسئولیت هر گونه اشکال در جنین توسط مادر	آسیب دیدن جنین در بارداری و زایمان

دیگر زیر طبقه استخراج شده در خصوص نگرانی‌های ادراک شده مادر از سلامتی خود در طی بارداری بود. در این رابطه مادر ۲۳ ساله، لیسانس، پرستار می‌گوید "اصلاً کلاً مقوله زایمان که دردش چطوره، اگه زمانش برسه باید چیکار کنم، نکنه تو خونه تنها باشم، با هربار سفت شدن شکمم میترسم اتفاقی بیوفته. این که کجا زایمان کنم خیلی استرس داره". مادر شماره ۱۰ (۲۷ ساله، فوق لیسانس، کارمند) در مورد دردهای زایمان می‌گوید "چون همیشه شنیدم که زایمان درد داره، از اطرافیان هم مادرم خاله هام و عمه هام تجربه‌های سختی از زایمان داشتند، قبلاً برام تعریف کردن، البته الان مراعات می‌کنند که باردار هستم ولی تعریف‌های قبلشون باعث ترس از زایمان داشته باشم". مادر ۳۱ ساله، سیکل، خانه دار می‌گوید "من اصلاً درد زایمان را نمیتوانم تحمل کنم، به دکترم هم گفتم باید سزارین بشم، کمر درد دارم می‌ترسم کمر دردم عود کنه، حتی شده در بیمارستان خصوصی پول بدم باید سزارین بشم".

ج- حمایت خانواده و اجتماع

دیگر زیر طبقه در خصوص نگرانی‌های ادراک شده مادر از سلامتی خود در بارداری و زایمان در رابطه با عدم حمایت خانواده و اجتماع است، مادر ۲۷ ساله، دیپلم، خانه دار اظهار داشت "شوهرم دو شیفته کار میکنه راننده تاکسی است، خیلی کمک نمیکنه میترسم همینجور پیش بره به تنهایی از پس کارام برنیام بخصوص وقتی بچه بیاد". در رابطه با فعالیت‌های روزمره زندگی مادر ۲۲ ساله، لیسانس، دانشجو بیان داشت "زیاد آدم استرسی نیستم ولی بارداری باعث شد توی تکالیف تحصیلی و دانشگاهیم دچار استرس زیادی بشم و عملکردم تو این بعد ضعیف بشه". مادر ۲۲ ساله، لیسانس، دانشجو در خصوص ناخوشایند بودن ظاهر خود در اجتماع بیان داشت "مجبور بودم از استاد اجازه بگیرم توی نمازخونه بخوابم یا جلوی استاد مردا نمی‌تونستم هیچ کاری بکنم، مجبور بودم خودمو نگه دارم".

د- ایفای نقش همسری

یکی از نگرانی‌های مادران در ایفای نقش همسری در بارداری مربوط به روابط جنسی میشود و اغلب به خاطر ترس از آسیب به جنین و یا کاهش میل جنسی و یا مراعات همسر به علت عدم تمایل

فوق لیسانس، دانشجو اظهار می‌دارد "تو ۱۵ هفتگی هم که لکه بینی پیدا کردم کلاً مردمو و زنده شدم که نکنه اتفاقی بیوفته خلاصه مصرف داروهای ضد سقط کلاً اسمش نگرانی میاره خودبه خود". در این زیر طبقه مادران از ابتلا به ناراحتی‌های روانشناختی در بارداری و یا تشدید آن بعد از زایمان دچار نگرانی شده بودند. در این رابطه مادر ۲۳ ساله، لیسانس، پرستار) با چهره ای در هم رفته اظهار داشت "من خودم پرستارم، کارورزی که رفتم بیمارستان روانپزشکی، دیدم مادرای که بعد زایمان افسردگی گرفتن یا حتی خانومه می‌خواست بچشونو بکشه، به خودم میگم نکنه مثل اونا بشم". مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار که از دخالت دیگران آزرده شده بود اظهار داشت "بله چون تو فامیل دو نفر دیگه هم حامله بودن وقتی ما سه تا یه جا جمع می‌شدیم اول مقایسه می‌کردن، این مقایسه حال منو بد می‌کرد. چرا این شکلی شدی؟ این به اون میخوره اون به این میخوره. عیب گذاشتن روم اعصابم رو بهم می‌ریخت".

ایجاد تغییرات پوستی مانند لک حاملگی و خطوط روی شکم و چاقی از دیگر دغدغه‌های مادران بود. در این رابطه مادر ۲۷ ساله، فوق لیسانس، کارمند اظهار داشت "خوب همیشه نگران بد شدن ظاهرم بودم مثلاً دماغ خیلی بزرگ شده، اینا اذیتم میکنه". مادر ۳۱ ساله، سیکل، خانه دار نیز بیان داشت "سایز کفشم عوض شده دیگه کفش‌های قبلی اندازم نیست می‌ترسم اینجوری بمونم". همچنین مادر ۲۸ ساله، دیپلم، خانه دار می‌گوید "پوست صورتم پر از لک شده، مجبورم کرم بزنم تا پیدا نباشه خدا کنه بعد زایمان این لک‌ها ششون کم بشه". مادر شماره ۲۱ ساله، لیسانس، کارمند نیز بیان می‌دارد "شکمم قاج قاج شده خط افتاده روش، مامانم می‌گه اینا می‌مونه تا آخر عمر" (با تاسف سرش را تکان می‌دهد). مادران از چاقی و ماندگار بودن این وضعیت اظهار نگرانی داشتند. مادر ۳۸ ساله، لیسانس، خانه دار در این رابطه می‌گوید "من قبل حاملگیم چاق بودم الان هم که چاق تر شدم، باید بعد زایمان وزنم رو کم کنم، برم دکتر تغذیه یا باشگاه".

ب- زایمان سالم

مادر، ارتباط جنسی کاهش می یابد و یا باعث نگرانی مادر میشود. "در این رابطه مادر ۳۱ ساله، سیکل، خانه دار می گوید: "به خاطر اینکه ارتباط جنسی ما خیلی کم شده میترسم شوهرم به گناه بیفته یا خدا ی نکرده کم کم از من زده بشه".

۵- چالشهای نقش والدگری

بعضی از مادران باردار، مدتی به دنبال کسب آگاهی برای باردار شدن و پذیرش مسئولیت پرورش و تربیت کودک هستند تا باردار شوند. لذا یکی از دغدغه هایی که دارند تاثیر رفتارشان در بارداری بر رفتار کودک و نیز نگران ناتوانی در تربیت صحیح کودک آینده خود هستند. همچنین مشکلات مالی یکی دیگر از نگرانیهای درک شده مادران برای اداره بارداری از جمله مراقبتهای لازم در این دوران و نیز اداره کودک بعد از زایمان است.

در این رابطه رابطه مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار می گوید "روی تربیتش خیلی، فکر می کنم. یه وقتی اعمال ناشایست نکنه. کاری نکنه که خدا از دستش ناراحت بشه همیشه دوست دارم خودم مثلا تو زندگی یجوری رفتار کردم همیشه کارهایی انجام نمی دادم که خدا ناراحت بشه. همیشه دوست داشتم خدا از دستم راضی باشه". مادران از نظر مذهبی-اجتماعی نیز تمایل داشتند تا فرزند مقبول جامعه داشته باشند. مادر ۲۲ ساله، لیسانس، دانشجوی اظهار داشت "با خودم فکر می کنم اینجوری بارش بیارم تو جامعه، یا اینجوری مسلمونش کنم، یه جوری تربیتش کنم که ناشکری نشه".

در مورد نگرانی از تاثیر رفتار والدین بر جنین، مادر ۳۱ ساله، سیکل، خانه دار می گفت "به شوهرم میگم باید حواسمون به رفتارمون باشه که روی بچه تاثیر بد نداره". مادر ۲۲ ساله، لیسانس، دانشجوی نیز گفت "چند وقت پیش رفته بودم یه جایی خانومه باردار نبود، باردارم نمی شد وقتی ازم پرسید حمله ای و من یکم براش توضیح دادم. اومدم به شوهرم گفتم نکنه دلش سوخته باش و خدا بچه مونو ازم بگیره؟ گفت نه تو که نفتی دلشو بسوزونی". در ارتباط با تاثیر داروهای مصرفی و تاثیر بر جنین، مادر ۲۲ ساله، لیسانس، دانشجوی بیان داشت "گرمزده شده بودم رفتم دکتر ساعت ۲ شب بود. مجبور بودم، برای همین خاطر پزشک عمومی رفتم وقتی سرم و دارو داد،

نمی زدم می ترسیدم برای بچم ضرر داشته باشه".

از دیگر دغدغه های نقش والدگری نگرانی مادر در توانایی خویش برای تغذیه و اداره مشکلات بعد از تولد بود. در این رابطه مادر ۲۷ ساله، دیپلم، خانه دار می گوید "میترسم منم مثل خواهرم وقتی بچم بدنیا بیاد شیر نداشته باشم بدم بچم، بعدم شیرخشکی بشه". در این خصوص مادر ۲۶ ساله، لیسانس، دانشجوی هم بیان می دارد "بخوای شیر بدی اولش نمی تونی، غصه میخوری که چرا نمیتونی شیر بدی و بچت گشنشه". مادر ۲۵ ساله، لیسانس، خانه دار اظهار داشت "بچه خواهرم خیلی دل درد داشت و گریه میکرد میترسم بچه من هم مثل اون بشه". مادران در مورد رشد بعد از تولد کودک هم نگران بودند مادر ۲۶ ساله، لیسانس، کارمند می گوید "می ترسم بچم به دنیا بیاد خوب رشد نکنه قد و وزنش کم باشه آخه تو خونه بهداشت که رفتم یه خانمه بود وزن و قد بچش کم بود، خیلی غصه خوردم براش، خب اگه خوب رشد نکنه مریض میشه". از دیگر نگرانی های مادران در این طبقه افزایش هزینه های زندگی و مشکلات مالی فراوان بود. در این باره مادر ۳۱ ساله، سیکل، خانه دار می گوید "شوهر من تنها پول درمیاره من خونه دارم، چجوری تو این گرونی خرج یه بچه رو هم بدهیم پوشک گرون شده چه میشه کرد؟ ولی باز می گویم خدا بزرگه روزی رسونه". مادر ۳۰ ساله، فوق لیسانس، خانه دار بیان داشت "شوهرم اخراج شده نمیدونم وقتی بچه بدنیا بیاد چجوری شکم این بچه رو باید سیر کنیم، آینده و مدرسه چی، بعد زایمان حتما خودمم باید برم کار پیدا کنم (اشک هاش را پاک میکند)".

۲- نگرانی های مادر در ارتباط با سلامت جنین

الف- افکار ناخوشایند در مورد شکل گیری جنین

یکی از دغدغه های مهم مادر در بارداری تشکیل جنین بدون نقص است و معمولا تا زمانی که آزمایشات لازم برای رد این موضوع انجام نشده باشد نگرانی زیادی وجود دارد. در این رابطه مادر ۲۷ ساله دیپلم می گوید "از وقتی می فهمی حمله شدی هر شب فکر میکنی این بچه سالمه نکنه مثل بچه فلانی غقب مونده باشه، یا خدای نکرده

ب- مسئولیت پذیری در مورد سلامت جنین

مادران چون نوزاد را بدنیا می‌آورند تلاش می‌کنند که نوزاد سالم را تحویل دهند و اگر نوزاد مشکلی داشته باشد فکر می‌کنند کوتاهی کردند. در این باره مادر ۲۷ ساله، دیپلم، خانه دار می‌گوید "من هر کاری دکتر بگه انجام میدم نکته یه وقت بچم که بدنیا اومد یه مشکلی داشته باشه بگن من باید فلان کار و میکردم نکردم. یادمه بچه خواهرم که بدنیا اومده بود خیلی ریز بود به خواهرم می‌گفتن این چه بچه ای تو اوردی اینقدر ریزه نمیشه بقلش کرد، چقد بت میگفتیم باید چیزی بخوری نمیکوردی"

ج- نگرانی از آسیب دیدن جنین طی بارداری و هنگام زایمان

ترس از دست دادن جنین نگرانی مهم دیگر مادران بود به طوری که اکثر آنان با استرس و اضطراب فراوان در ارتباط با آن صحبت می‌کردند. مادر ۲۶ ساله، دیپلم، خانه دار می‌گفت "اگه زایمان زودرس داشتم بچه می‌مونه یا نه، روزشماری میکنم تا به ۳۸ آخر حاملگی برسم" و یا مادر ۲۷ ساله، دیپلم، خانه دار بیان داشت "چون یه بار بچم رو از دست دادم همش میترسم بچم و از دست بدم". همچنین مادر ۳۰ ساله، فوق لیسانس، کارمند می‌گوید: "من فکر می‌کنم بچه اول و اخرمه بعدش بچه دار نمی‌شم همینو باید دیگه نگهش دارم، هر جور شده با چنگ و دندون نگهش دارم".

مادر شماره ۳۱ ساله، سیکل، خانه دار می‌گوید "مامانم رو برده بودم فیزیوتراپی دیدم یه بچه کوچیک چند ماهه هم اومده گفتم چی شده گفتن دستش در رفته در زایمان برا همین ترس برم داشت نکته بچه منم موقع اینجوری بشه". و یا مادر شماره ۲۳ ساله، لیسانس، پرستار بیان کرد "میتروسم بچم مدفوع کنه توشکم و دچار مشکل بشه". در رابطه با صدمه به جنین حین زایمان مادر ۲۸ ساله، لیسانس، خانه دار می‌گوید "می‌ترسم با چاقویی که شکم رو می‌برن، بچم زخمی بشه". یکی از اهداف فرزندآوری در مادران داشتن فرزندی سالم است از این بابت نگرانی‌های فراوانی یافت شد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تبیین نگرانی‌های دوران بارداری در مادران

سقط کنی بعدش بگن بچت خوب تشکیل نشده بود". در این خصوص مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار می‌گوید "ترس زیادی داشتیم که قلبش تشکیل نشه، یعنی زندگی پیدا نکنه، تا آزمایش و سونوگرافی نداده بودم و معلوم نشده بود که قلب تشکیل شده دوران سختی بود همش ترس".

و یا مادر ۲۳ ساله، دیپلم، خانه دار بیان دارد "من خودم هر دفعه که می‌رم دکتر نگران اینم که الان خانم دکتر بگه دوباره برو اون آزمایش رو انجام بده، اون سونو رو اورژانسی انجام بده". طبق بیانات مادران می‌توان دریافت مادران سلامت جنین را بر سلامت خود ارجح می‌دانند در این باره مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار می‌گوید "دیابت بارداری یه ذره استرس بهم وارد کرده، روزانه نصف قرص بعد از ناهار نصف قرص بعد از شام استفاده می‌کنم. میترسم که یه وقت خدای نکرده به بچم آسیبی برسه یا اینکه بعدها این بیماری متوجه خودم نشه". همچنین مادران به تاثیر رفتار اطرافیان نیز در جهت کاهش نگرانی‌های خود در رابطه با تولد نوزاد فاقد نقص جسمانی اشاره داشتند. مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار می‌گوید "اگر اطرافیان به جای ناامید کردن بهم امید بدن و قدرتم رو بیشتر کنن خیلی بهتره، یعنی اینکه به جای اینکه بگن فلانی بچش ناقص اومد، بگن انشاالله تو بچه سالم میاری خیلی خوبه".

نگرانی از عدم تطابق جنس جنین با تمایل اطرافیان و یا تصورات والدین دیگر نگرانی‌هایی است که مادران در مورد شکل گیری جنین بیان داشتند. مادر ۲۸ ساله، لیسانس، خانه دار می‌گوید "شوهرم اوایل می‌گفت ان شالله دختر باشه، من استرس داشتم اگر پسر شه دوستش نخواست داشت". مادر ۲۷ ساله، فوق لیسانس، کارمند اظهار کرد "اینا (مادرشوهر و پدرشوهرم) دوست دارند پسر داشته باشند، چون خودشون دوتا دخترن. شوهرم می‌گفت: بچه منه تو زندگیه منه تو زندگی دیگران نیست ولی این حرفا اذیتم می‌کرد تا جنسیت مشخص شد". بعضی از مادران دغدغه شکل ظاهری جنین را دارند. مادر ۲۴ ساله، لیسانس، خانه دار در ارتباط با خصوصیات طاهری فرزندش می‌گوید "مثلا می‌گم خدا کنه پوستش به شوهرم بره، چشاش به شوهرم بره، بینیش مثل خودم باشه".

نخست زانجام شد. یافته‌های این پژوهش در دو طبقه و زیر طبقات آن شامل ۱- نگرانی‌های ادراک شده مادر نسبت به سلامت خود طی بارداری و زایمان با زیر طبقات: تغییرات شرایط جسمی و روانی در دوران بارداری و کنار آمدن با آن، زایمان سالم، حمایت اطرافیان و اجتماع، ایفای نقش همسری و چالش‌های نقش والدگری، ۲- نگرانی‌های مادر در ارتباط با سلامت جنین با زیر طبقات: افکار ناخوشایند در مورد شکل گیری جنین، پذیرش مسئولیت سلامت جنین، نگرانی از آسیب دیدن جنین طی بارداری و زایمان بود.

تغییرات جسمی و روانی دوران بارداری اولین زیر طبقه از نگرانی‌های ادراک شده مادر برای سلامتی خود در طی بارداری بود که مادران از جنبه‌های مختلف از جمله کنترل دیابت، اختلالات خواب، احتمال سقط، زایمان زودرس و فشارخون، افزایش وزن و تغییر تصویر از خود، چاقی، تغییرات پوستی، افسردگی و اضطراب بیان داشتند. در مطالعه کیفی ارفعی و همکاران نیز مادران از مشکلات جسمی ناشی از بارداری و عوارض روانشناختی بارداری احساس نگرانی می کردند (۲). در مطالعه ای در تانزانیا از نگرانی‌های شایع زنان باردار، مشکلات جسمی و تغییرات احساسی در دوران بارداری بود (۲۰). در مطالعه کیفی کوت و همکاران، از جمله نگرانی‌های مادر در دوران بارداری مسائل مربوط به ثبات عاطفی و ترس از سقط بود (۱۶). همچنین یافته‌های مخلص و همکاران نشان داد مادران باردار دیابتی در فعالیت های اجتماعی و تفریحی خود و هم چنین ایفای نقش خود به عنوان مادر یا همسر، محدودیت ها و نگرانی‌هایی را درک می کنند و فعالیت روزمره آنها تحت تاثیر قرار می گیرد. (۲۱). مشابه یافته‌های مطالعه حاضر در یک مطالعه کمی توسط هیل^۱ و همکاران یافته ها نشان داد بعضی از مادران باردار نگران چاقی خود بوده و در بارداری تصویر ذهنی خوبی از خود ندارند (۲۲). در مطالعه دیگر نیز تاثیر بارداری در بروز اختلالات روانشناختی، آسیب به تعاملات اجتماعی، اختلال در فعالیتهای روزمره، اختلال در تصویر بدنی، تغییرات در روابط جنسی و اختلالات جسمی نشان داده شده است (۲۳). درک درست و مثبت از تغییرات دوران بارداری میتواند به منجر به ارتقاء کیفیت زندگی

مادر باردار گردد و در مقابل افکار نادرست و منفی میتواند نگرانیهای مادر را بیشتر و در کل کیفیت زندگی فرد در ابعاد جسمی و روانی را تضعیف نماید. لازم است در دوران بارداری اطلاعات کافی و درست به مادران داده شود تا هم مراقبتهای مربوط به خود را انجام داده و هم از استراتژیهای مناسب مقابله ای و افزایش اعتماد به نفس جهت کاهش نگرانیها استفاده نمایند. نگرانی دیگر مادران، داشتن زایمان ایمن و سالم بود. در این راستا در مطالعه کیفی فنویک^۲ و همکاران یافته نشان داد نگرانی از تنها بودن هنگام زایمان، دردناک بودن زایمان و انجام کاری اشتباه در حین بارداری که میتواند بر جنین تاثیر بگذارد به عنوان نگرانی‌های مادران در بارداری شناخته شد (۲۴). پناکوبا^۳ و همکاران در مطالعه خود دریافتند نگرانی از آسیب به هنگام زایمان از جمله نگرانی‌های مادر حتی در اوایل بارداری می باشد (۹). در مطالعه کیفی برقی و همکاران ترس از زایمان و احساس متناقض در مورد درد زایمان از از موارد تشویش گذر سالم از زایمان به عنوان یکی از نگرانیهای دوران بارداری بود (۴). در مطالعه ارفعی و همکاران نیز مادران باردار از دو نوع زایمان طبیعی و سزارین ترس داشتند، همچنین انتخاب بیمارستان مناسب و پزشک حاذق از نگرانی‌های ادراک شده بود (۱۷). استرس، اضطراب، افسردگی، ناآگاهی و عدم حمایت اجتماعی با ترس در دوران بارداری و زایمان همراه است (۲۵). همچنین داشتن یک تجربه منفی از زایمان ترس مادر را در بارداری بعد بیشتر می کند (۲۶). تمامی مطالعات حاضر نشان دهنده آن است که مادران نسبت به ایمن بودن زایمان احساس نگرانی دارند و آن را از جنبه‌های مختلف بیان می دارند. بنابراین لازم است با ایجاد محیطهای زایمان ایمن از بوجود آمدن یک تجربه منفی از زایمان و عواقب نامطلوب آن جلوگیری کرد. هر چند ویژگیهای شخصیتی و عوامل اجتماعی در بروز ترس از زایمان تاثیر دارد، اما عوامل زایمان باید بدانند نداشتن اطلاعات کافی مادران و اطلاعات غلط و تجربیات آسیب زای قبلی تاثیر مخربی بر توانایی درک شده زنان از زایمان طبیعی دارد.

حمایت خانواده و اجتماع از دیگر نگرانیهای مادران باردار بود.

2. Fenwick
3. Penacoba

1. Hill

دارند که این خود می‌تواند پریشانی جنسی و کاهش کیفیت زندگی جنسی را بدنبال داشته باشد. به نظر می‌رسد مداخلات متمرکز بر کاهش ترس از فعالیت جنسی در دوران بارداری ممکن است به کاهش احساس نگرانی و اضطراب وسیع زنان از رابطه جنسی در بارداری کمک کند.

چالشهای نقش والدگری یکی دیگر از نگرانیهای مادران باردار بود که در برگیرنده مواردی از قبیل نگرانی در باره تاثیر رفتار والدین بر جنین، توانایی در تربیت صحیح فرزند، توان رویارویی با مشکلات جسمی فرزند پس از زایمان و توانایی مالی برای مراقبتهای جنین در بارداری و اداره فرزند بود. هم راستا با یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعه کیفی پناکوبا و همکاران نشان داد تربیت کودک جدید از نگرانی‌های مادران حتی در اوایل بارداری است (۹). همچنین در مطالعه پیترسون و همکاران، مادران از کنار آمدن با نوزاد جدید و نگهداری از آن احساس نگرانی داشتند (۱۵). اما در مطالعه کمی اوهمن^۱ و همکاران مادران کمترین نگرانی را در ارتباط با آینده فرزندشان داشتند (۷۱ درصد) داشته و فقط ۵۱ درصد آنها در ارتباط با اینکه فعالیت نادرست و یا تغذیه غلط بر بچه تاثیر بگذارد نگران بودند (۳۲). در مطالعه دیگر محققین دریافتند نگرانی از تاثیر رفتار مادر بر کودک از نگرانی‌های عمده مادران است (۱۶). در یک مطالعه مادرانی که درآمد خانوار بیشتری داشتند و از حمایت اجتماعی بیشتر و افسردگی و اضطراب کمتری برخوردار بودند، دارای نگرانی کمتر در مورد هزینه‌های مربوط به مراقبت از مادر و جنین در بارداری بودند (۳۵). در همین راستا در مطالعه کیفی بر قعی و همکاران عدم آمادگی مالی در بارداری از زیرطبیقات ناتوانی در پذیرش نقش والدینی بود و همچنین در مطالعه کیفی ارفعی و همکاران مشکلات اقتصادی از جمله نگرانی‌های اصلی مادران بود (۱۷، ۴). با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی در حال حاضر، فرزند آوری به عنوان یکی از چالشهای مهم در دوره باروری است. زیرا والدین کودک تمایل دارند بهترین شرایط زندگی را برای فرزند خود فراهم کنند اما با توجه به سطح درآمد خود و نیازهای نگهداری از کودک دچار استرس و نگرانی می‌شوند.

در این زمینه، تحقیقات کیفی در اندونزی و افریقای جنوبی نشان داده‌اند کم توجهی و عدم حمایت همسر از دلایل نگرانی‌های مادران در این دوران است (۲۸-۲۷). حمایت اجتماعی و عملکرد خانواده در دوران بارداری با احساس بیشتری از توانایی والدین همراه است و عدم حمایت مادر باردار با افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان همراه است (۲۹). مادرانی که از حمایت عاطفی همسر، خانواده و حتی شبکه‌های اجتماعی در حین بارداری بهره‌مند شده‌اند، در آنها عوارض دوره بعد از زایمان کمتر است. این مادران کمتر دچار مشکلات روحی مانند پریشانی، اختلالات اضطرابی و افسردگی قرار گرفته و زایمان زودرس در آنها کمتر است (۳۰). در طول بارداری مادران نه تنها تغییرات فیزیولوژیکی و هورمونی را تجربه کنند، بلکه از نظر روانی ممکن است قادر به کنترل شرایط جدید و پیش رو نباشند. بنابراین، آنها به شدت نیاز به حمایت اجتماعی دارند تا بتوانند بر مشکلات غلبه کنند. خانم باردار به هیچ عنوان نباید احساس کند که به خاطر تغییرات فیزیولوژیک بارداری از توجه همسر خود محروم شده و همسر هیچ تمایلی به او ندارد.

یکی دیگر از نگرانیهای شرکت کنندگان ایفای نقش همسری بود. آنها نگران تغییر روابطشان با همسر بودند و بیان می‌کردند ترس از رابطه جنسی و ممانعت از آن ممکن است باعث کاهش ارتباط عاطفی با همسر در بارداری و بعد از زایمان باشد. در این راستا یک مطالعه کیفی در تانزانیا نشان داد از عوامل اضطراب زای دوران بارداری تغییر ارتباط با همسر است (۳۱). اما در مطالعه اوهمن و همکاران مادران در بارداری تغییر در روابط با همسرشان نشان ندادند (۳۲). در یک مطالعه دیگر از نوع کمی دلیل کاهش روابط جنسی در دوران بارداری از دید مادران و همسران آنها ترس از آسیب به جنین بوده است در حالی که فقط حدود ۲۰ درصد این مادران راجع به این نگرانی با پزشک خود مشورت کرده‌اند (۳۳). در تحقیق دیگر بیش از نیمی از زنان (۵۸٫۶٪) حداقل یک ترس را به عنوان دلیل عدم انجام فعالیت جنسی در دوران بارداری گزارش کرده‌اند (۳۴). زنان به دلیل ترس از آسیب رسان بودن روابط جنسی به پیامد بارداری و جنین، میزان بالاتری از پرهیز جنسی را

یکی از طبقات نگرانی‌های مادر باردار، نگرانی از سلامت جنین بود، که در این رابطه افکار ناخوشایند در مورد شکل‌گیری جنین و یا جنس جنین، یکی از زیرطبقات بود. در یک مطالعه کیفی یافته‌ها نشان داد مادران در بارداری نگران سقط شدن جنین و نیز جنس دلخواه جنین هستند (۱۷). در مطالعه کیفی سوایر^۱ و همکاران داشتن جنین دختر به علت مسائل فرهنگی می‌توانست باعث پریشانی مادر در بارداری گردد (۲۸). در یک مطالعه طولی دیگر یافته‌ها نشان داد نگرانی مادر از سلامت جنین جنین مهمترین نگرانی در دوران بارداری است (۹). در مطالعه کیفی فنویک و همکاران تصور داشتن کودکی معلول یا نا بهنجار از مهمترین نگرانی‌های مادران نخست‌زا بود (۲۴) مطالعه پناکوبا در اسپانیا نشان داد سلامت جنین، نگرانی اصلی مادران است و این نگرانی در افراد نخست‌زا، دارای بارداری ناخواسته و یا دارای سابقه سقط بیشتر است (۹). در مطالعه کیفی کوت و همکاران، نگرانی اصلی مادران در طی بارداری، در مورد سلامت جنین و ترس از مرگ جنین بود (۱۶). همچنین مادران نگران آسیب دیدن جنین طی بارداری و زایمان هستند... در مطالعات دیگر نیز نگرانی از آسیب به جنین حین زایمان و مرگ نوزاد در مادران باردار وجود دارد (۹ و ۳۶). اغلب زنان باردار از این که جنین در حین زایمان آسیب ببیند و یا نوزاد بعد از وضع حمل به دلیل نقص عضو و یا بیماری‌های دیگر تلف شود؛ بیم و هراس دارند (۳۷). یافته‌ها نشان دهنده این مطلب است که نگرانی مادران از سلامت جنین یک موضوع جهانی است و بویژه اگر سابقه مثبت خانواده گی وجود داشته باشد، این موضوع گاهی باعث ترس از باردارشدن می‌گردد. میتوان گفت نگرانی‌های مرتبط با بارداری، قبل از بارداری آغاز میشود و هنگامی که بارداری مادر تأیید شد، مادر وارد مرحله پر استرس بارداری می‌گردد. ولی با توجه به اینکه مصرف مواد غذایی و دارو و مراقبتهای دوران بارداری توسط مادر تأثیرات مهمی بر سلامت جنین میگذارد (۳۸)، مادران خود را مسئول سلامت جنین می‌دانند و گاهی حتی خود را مسئول مستقیم ناهنجاری جنین میدانند بدون اینکه هیچ مسئولیتی متوجه

1. Swayer

همسر گردد. مادر وظیفه خود میداند که نوزاد سالم تحویل همسر دهد. در ایران اغلب زنان باردار بررسیهای لازم جهت تشخیص چند ناهنجاری مهم جنین را با آزمایشات غربالگری و نیز سونوگرافی انجام میدهند، اما تعدادی از ناهنجاریها ممکن است تشخیص داده نشود و یا به علت هزینه بالا، همه مادران باردار این آزمایشات را انجام ندهند. لذا برای کم کردن نگرانی مادر و پیشگیری از عوارض روحی و روانی آن لازم است مراقبین سلامت در آموزش استراتژیهای مقابله با این نگرانی در بهبود پیامد حاملگی و کیفیت زندگی مادران گام بردارند. از محدودیتهای این مطالعه میتوان گفت، مادرانی که در اواسط یا اواخر بارداری وارد مطالعه شدند، ممکن است نگرانیهایی را در اوایل بارداری تجربه کرده باشند که در حال حاضر آن را بیاد ندارند، و یا اگر نگرانی برطرف شده است، دیگر آن را بیان ننمایند. همچنین با توجه به اینکه معمولاً مادران نگرانیهای خود را برای متصدیان مراقبت از مادر باردار و یا در منزل برای همسر بیان می‌نمایند، شاید از مصاحبه با آنها نگرانیهایی استخراج میشد که مادران خود آنها را بیان نکرده بودند، این موضوع را میتوان به عنوان یک نقطه ضعف در مطالعه ذکر کرد. توصیه میشود تحقیقات بیشتر در این زمینه انجام گردد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ابعاد نگرانیهای مادر در این پژوهش، متولیان سلامت مادران باید با آموزشهای فردی و گروهی بویژه از ابتدای حاملگی و حتی قبل از آن، از بروز دغدغه‌های مادران، افکار منفی و غلط بکاهند و به آنها گوشزد نمایند که اغلب تغییرات دوران بارداری برگشت پذیر می باشد. همچنین با درگیر کردن همسران در این آموزشها، میتوان شرایط حمایت بیشتر مادر از طرف همسر را فراهم نمود و به متولیان امر توصیه نمود در صورت ایجاد محیطهای زایمانی ایمن، میتوان ترس مادران از باردار شدن و زایمان را کاست و گام موثری در فرزندآوری سالم برداشت.

تشکر و قدردانی: مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی به شماره ۹۵۰۶۷ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان می باشد، لذا از معاونت محترم پژوهشی و از تمامی مادران شرکت کننده در این طرح کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافعی گزارش نشده است.

References

1. Fathi A, Golakeh Khibari S. The relationship between prenatal concerns, depression and quality of life with general health of pregnant women. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018;15 (12):939-49.
2. Tugut N, Yesildag Celik B, Yilmaz A. Health Literacy and Its Association with Health Perception in Pregnant Women. *Journal of Health Literacy*. 2021;6(2):9-20.
3. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Tehrani H, Zarei F. Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(12):18-26.
4. Izadi rad H, Nohtani V, Aliahmadi M, Pourhaji F, Niknami S. The effect of educational intervention based on the integrated model of health belief with the structure of social support on self-care behaviors during pregnancy. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(4):324-35. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.4.324>
5. Seyed Kaboli K, Mahmoodi Z, Mehdizadeh Tourzani Z, Tehranizadeh M, Kabir K, Dolatian M. The effect of group counseling based on cognitive-behavioral approach on pregnancy-specific stress and anxiety. *SEMJ*. 2017; 18(5):e13183. <https://doi.org/10.5812/semj.45231>
6. Shahhosseini Z, Pourasgari M, khallalian A, Salehi A. A review of effect of anxiety on childrens health. *Journal Materia Socio-Medica*. 2015 ;27(3):200. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.200-202> PMID:26236168 PMCID:PMC4499279
7. Szekely E, Neumann A, Sallis H, Jolicoeur-Martineau A, Verhulst FC, and et al M. Maternal prenatal mood, pregnancy-specific worries, and early child psychopathology: findings from the DREAM BIG consortium. *Jaacap*. 2021;60(1):186-97 <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.02.017> PMID:32278003
8. Bazrafshan MR, Ghorbani Z. The effect of slow stroke back massages on anxiety among primigravid women. *hayat*. 2010;16 (1):34-40.
9. Penacoba-puente CE, Monge FJ, Morales DM. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *AOGS*. 2011 ;90(9):1030-5. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x> PMID:21651506
10. Moasheri BN, Sharifzadeh G, Soltanzadeh V, Khosravi Givshad Z, Rakhshany Zabol F. Relationship between fear of pain, fear of delivery and attitude towards cesarean section with preferred mode of delivery among pregnant women. *IJOGI*. 2016;18 (179):8-16.
11. Asefi F, Delaram M, Kazemian A, Bahadoran P. The effect of pregnant women attending in delivery preparation classes on their attitudes mode of delivery. *JCNM*. 2016;5 (3).
12. Rahnema P, Mohammadi K, Montazeri A. Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive health*. 2015;13 (1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0120-5> PMID:26801087 PMCID:PMC4724137
13. Heydari ST, Sarikhani Y, Asadi N, Kazemi M, Kalateh Sadati A, Zarei S, et al. Selection of delivery method and its related factors in pregnant women of Shiraz in 2016. *SEMJ*. 2019;20 (5). <https://doi.org/10.5812/semj.81676>
14. Ardakani ZB, Navabakhsh M, Ranjbar F, Tremayne S, Akhondi MM, Tabrizi AM. Dramatic rise in cesarean birth in Iran: A coalition of private medical practices and womenâ s choices. *IJWHR*. 2020;8 (3):245-58. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2020.41>
15. Peterson JS. Presenting a qualitative study: A reviewer's perspective. *GQC*. 2019;63 (3):147-58. <https://doi.org/10.1177/0016986219844789>
16. Côté-Arsenault D, Bidlack D, Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN*. 2001;26 (3):128-34. <https://doi.org/10.1097/00005721-200105000-00006> PMID:11372210
17. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M. Understanding mothers' perceptions of pregnancy anxiety: a qualitative study. *Electronic Physician*. 2019;11 (4):7620-7628. <https://doi.org/10.19082/7620>
18. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*. 2016;2:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004 Feb 1;24(2):105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> PMID:14769454
20. Rosario MK, Premji SS, Nyanza EC, Bouchal SR, Este D. A qualitative study of pregnancy-related anxiety among women in Tanzania. *BMJ open*. 2017 Aug 1;7(8):e016072. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016072> PMID:28775187 PMCID:PMC5629724
21. Mokhlesi S, Simbar M, Ramezani TF, Kariman N, Alavi MH. Perceived Concerns and Constraints.f Mothers with Gestational Diabetes: A Qualitative Study. *IJEM* . 2019; 20(6): 355-566
22. Hill B, Skouteris H, McCabe M, Fuller-Tyszkiewicz M. Body image and gestational weight gain: a prospective study. *JMWH*. 2013;58(2):189-94 <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00227.x>

- PMid:23458678
23. Kazemi F, Nahidi F, Kariman N. Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. *Electronic physician*. 2017 ;9(12):5991. <https://doi.org/10.19082/5991> PMid:29560152 PMCID:PMC5843426
 24. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*. 2015;31 (1):239-46. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003> PMid:25440298
 25. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Wigert H, Hessman E, Sjöblom H, Sparud-Lundin C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*. 2019; 32(2):99-111 <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004> PMid:30115515
 26. Otle H. Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *BJM*. 2011;19(4):215-20 <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.4.215>
 27. Suryaningsih EK, ST S, Ners-Mid MS, Wu SF. Indonesian mother's feeling and thought during pregnancy: a qualitative study. *JHTAM*. 2018; 30;2620:565 <https://doi.org/10.31101/jhtam.788>
 28. Sawyer A, Ayers S, Smith H, Sidibeh L, Nyan O, Dale J. Women's experiences of pregnancy, childbirth, and the postnatal period in the Gambia: a qualitative study. *British HPI*. 2011 Sep;16(3):528-41. <https://doi.org/10.1348/135910710X528710> PMid:21722274
 29. Angley M, Divney A, Magriples U, Kershaw T. Social support, family functioning and parenting competence in adolescent parents. *JMCH*. 2015;19(1):67-73 <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1496-x> PMid:24833286 PMCID:PMC4233010
 30. Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mah-moodi Z. Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *IRCMJ*. 2013;15(6):507-14 <https://doi.org/10.5812/ircmj.11271> PMid:24349750 PMCID:PMC3840839
 31. Rosario MK, Premji SS, Nyanza EC, Bouchal SR, Este D. A qualitative study of pregnancy-related anxiety among women in Tanzania. *BMJ open*. 2017;7(8):e016072. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016072> PMid:28775187 PMCID:PMC5629724
 32. Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* 2003; 17(2):148-52. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x> PMid:12753515
 33. Poh HL, Koh SS, He HG. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *INR*. 2014;61(4):543-54 <https://doi.org/10.1111/inr.12137> PMid:25358873
 34. Beveridge JK, Vannier SA, Rosen NO. Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2018 Apr 3;39(2):138-45. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334> PMid:28401772
 35. Göbel A, Arck P, Hecher K, Schulte-Markwort M, Diemert A, Mudra S. Manifestation and Associated Factors of Pregnancy-Related Worries in Expectant Fathers. *Frontiers in psychiatry*. 2020 ;11:1366 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575845> PMid:33362598 PMCID:PMC7759496
 36. Ahmadi Z. Identifying and explaining experiences of fear of childbirth and coping strategies: A qualitative study. *JQR*. 2020;9 (1). 47-58
 37. Shaghagi F, Tara F, Amiri M, Mirza Aghasi R, Mirzamoradi M. The relationship between mother non-harmful anxiety and neonatal anthropometric indices during pregnancy. *IJOGL*. 2012; 15(7):9-16
 38. Mateja WA, Nelson DB, Kroelinger CD, Ruzek S, Segal J. The association between maternal alcohol use and smoking in early pregnancy and congenital cardiac defects. *Journal of women's health*. 2012 ;21(1):26-34 <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2582> PMid:21895513